

# 問診票

記入月日： 年 月 日

フリガナ お名前		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
所属	小・中学校 年生 ( 通常級 ・ 通級 ・ 支援級 ・ 支援学校 )		
記入者		続柄	

●ご相談にあたって（枠内に簡潔にお願いします）

○現在、どのようなことに困っていますか
.....
.....
○上記のようなことが始まったのはいつ頃ですか（きっかけとなる出来事など）
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

○これまでの相談歴や受診歴をお書きください	
期 間	どこで/どのようなサービスをうけましたか 病院・教育センター・児童相談所・スクールカウンセラー（学校） /薬物療法・カウンセリング・心理検査
年 月～ 年 月	
○手帳の有無 【 ない ・ ある （手帳の種類： ）】	

もし、記入欄が足りない場合は裏面もご使用ください。

○今までにかかったことのある病気はありますか（喘息・てんかんなど）【 ある ・ ない 】

具体的な内容（いつ頃・病名・治療・内服）

○治療中の病気やけがはありますか 【 ある ・ ない 】

具体的な内容（病名）

●出生歴について教えてください

○妊娠中について、あてはまるものに○をつけてください

強いつわり 妊娠中毒 切迫流産 切迫早産 感染症（ ）  
精神疾患（うつ病など） 飲酒 喫煙 服薬（薬品名： ）  
その他（ ）

○出生時についてお聞きします

妊娠： 週 日【満期産 ・ 早期産 ・ 過期産】 APGAR（アプガー）： 点  
出生時： 体重 g 身長 cm 頭囲 cm

分娩：（正常・異常） ※以下あてはまるものに○や記入をお願いします

早期破水 前置胎盤 微弱陣痛 吸引分娩  
鉗子分娩 帝王切開（理由： ） 臍帯巻絡  
その他（ ）

新生児期：（正常・異常） ※以下あてはまるものに○や記入をお願いします

仮死 チアノーゼ 蘇生 酸素投与  
保育器使用（ない・ある 日間） 呼吸器使用（ない・ある 日間）  
黄疸（ない・ある） 光線療法（ない・ある 日間） 交換輸血  
栄養：（母乳 ・ 人工 ・ 混合 ） その他（ ）

●生育歴について教えてください

・運動

○首のすわり（ 月） ○寝返り（ 月） ○おすわり（ 月）  
○はいはい（ 月） ○つかまり立ち（ 月） ○ひとり歩き（ 月）

・ことば

○初語（ 歳 月） ○2～3語文（ 歳 月）  
○その他（オウム返し、構音障害など）

<0歳～1歳>

気になった、または周囲から指摘されたことのある行動にチェックしてください

□人見知りがなかった（8～9ヶ月）がなかった  
□後追いがなかった  
□視線が合わなかった  
□名前を呼んでもふりむかない  
□その他（ ）





●家族についてご記入ください（祖父母以外の同居者がいる場合は、フリー欄に記入）

続柄	年齢	職業	学歴	同居・別居	精神・身体疾患
父				同居・別居	
母				同居・別居	
兄弟姉妹				同居・別居	
兄弟姉妹				同居・別居	
兄弟姉妹				同居・別居	
兄弟姉妹				同居・別居	
父方祖父				同居・別居	
父方祖母				同居・別居	
母方祖父				同居・別居	
母方祖母				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	

●その他

○ご質問・ご希望があればご記入ください。ご本人の前で話しにくい内容についてはこちらにお書きください。

<p>○ご質問・ご希望があればご記入ください。ご本人の前で話しにくい内容についてはこちらにお書きください。</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--

問診票は以上です。ご協力ありがとうございました。当日受付後、小児思春期担当の看護師にご提出ください。

※お書きいただいた内容は、診療を円滑に行うために活用させていただきます。個人情報として外部に漏れることは一切ありません。